Année 1914 — THÈSE — N° —

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Hedvige TRZASKOWSKA

Né à Mankoff (Pologne), le 30 septembre 1881

APPLICATION DU VENTOUSAGE

AU

Traitement des Abcès du Sein

DANS LA PUERPÉRALITÉ

Président : M. RECLUS, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, Éditeurs

15, Rue Racine (VIe)

—

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL / TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE / LANDOUZY / GILBERT / CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET / QUENU / RECLUS / HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR / PINARD / RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ALGLAVE

Qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse.

En hommage de notre respectueuse gratitude.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

En le remerciant du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR ROUTIER

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEGUEU

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

A LA MÉMOIRE

DE M. LE PROFESSEUR DIEULAFOY

APPLICATION DU VENTOUSAGE

AU

Traitement des Abcès du Sein

DANS LA PUERPÉRALITÉ

INTRODUCTION

Combien fréquentes sont les inflammations du sein pendant la lactation, qui, tout en étant fort douloureuses, empêchent l'allaitement et exigent une intervention, souvent préjudiciable au fonctionnement de l'organe. En effet, le traitement par de larges incisions laisse à sa suite assez fréquemment des grandes cicatrices déformantes, causant ainsi l'atrophie partielle de la glande et la rétraction du mamelon. L'allaitement ultérieur en est souvent compromis et la femme garde, pendant toute sa vie, la trace disgracieuse de cette opération.

Éviter toute mutilation tout en soulageant immédiatement la malade, conserver à l'organe sa fonction et sa forme : tels sont les principes dont nous partons en exposant, dans cette courte étude, le traitement des abcès du sein par le ventousage.

MODIFICATIONS DES SEINS EN LACTATION

C'est au moment de leur activité surtout que les seins deviennent le siège d'affections inflammatoires Avant d'aborder l'étude de ces inflammations et de leur traitement, nous allons passer en revue les principales modifications que présente un sein en lactation.

Modifications anatomiques. — Le sein d'une femme qui allaite est dur, tendu, augmenté considérablement de volume.

On voit à travers la peau distendue le réseau veineux sous-jacent, les téguments se laissent plisser à peine.

L'aréole prend une teinte foncée, brunâtre et s'entoure en même temps d'une aréole secondaire parsemée de taches claires, le centre de chaque tache contient un point noir « qui est l'orifice d'une glande sébacée ».

Les tubercules aréolaires augmentent de nombre et de volume ; ils sont dus, d'apprès Rieffet, à des

glandes sébacées, tubercules de Morgagni ; d'autres sont dus à des glandes mammaires accessoires, tubercules de Montgomery, qui sécrètent du lait après l'accouchement.

Les glandes sudoripares s'hypertrophient à un moindre degré ; leurs conduits excréteurs présentent à la fin de la grossesse, suivant Sappey, les varicosités, « ce qui n'existe nulle part ailleurs ».

Pendant l'allaitement le mamelon peut atteindre 2 centimètres et s'allonge non seulement par « traction mécanique, mais par néoformation active des tissus qui entrent dans sa constitution ».

On observe en même temps le développement des sillons et des papilles au sommet du mamelon et l'élargissement des orifices des canaux galactophores. C'est dans ces canaux que débouchent les glandes sébacées qui forment une couche continue au sommet du mamelon. « Ces glandes sécrètent un liquide onctueux qui préserve le mamelon du contact de la salive de l'enfant », aussi les gerçures du sein siègeraient seulement « sur la partie circulaire qui le sépare de l'aréole ».

Les deux couches cellulo-adipeuses diminuent considérablement de volume, surtout la couche rétro-mammaire qui disparaît à l'œil nu.

La glande mammaire devient grenue, lobulée. Elle est plus molle qu'à l'état de repos ; « on la sent gorgée de sucs » ; elle prend une coloration rosée ; on y observe des taches jaunâtres. Elle augmente de poids qui varie entre 300 et 500 grammes, et peut

atteindre 900 grammes. Elle figure un cône dont la surface est plus ou moins déchiquetée par des prolongements, dont un seul, le prolongement axillaire est constant.

Les crêtes s'hypertrophient sur sa face antérieure tandis que la face postérieure devient granuleuse pendant la lactation, on y observe des sillons superficiels qui séparent les lobes mammaires.

Modifications histologiques. — Nous envisagerons d'après Rieffel, les différentes variations de structure et de texture qui se produisent dans la glande mammaire en activité.

Texture. — Chez la femme enceinte et au début de la lactation, l'élément glandulaire ou parenchyme se développe activement, tandis que l'élément conjonctif est réduit à de simples cloisons et que la graisse disparaît. Les lobes se dessinent nettement ; chacun d'eux constitue une glande indépendante. On peut distinguer aussi les lobes secondaires et les lobules. « Chaque acinus devient un centre de formation d'acini ».

Les culs-de-sac et les canalicules donnent naissance à des bourgeons latéraux. C'est une véritable hyperplasie de l'élément glandulaire.

Structure. — Les modifications se produisent dans les acini glandulaires : le réseau des cellules de Boll est discontinu, l'épithélium est formé d'une seule couche.

Au début de la lactation, c'est-à-dire du troisième au cinquième jour après l'accouchement, il n'y a plus de multiplication cellulaire observée pendant la grossesse.

Vaisseaux. — Au moment de l'activité glandulaire les vaisseaux de la mamelle s'hypertrophient, il s'en produit de nouveaux « autour des acini néoformés ».

INFLAMMATIONS AIGUËS DU SEIN PENDANT LA LACTATION

Les affections inflammatoires du sein qu'on divise, depuis Velpeau, en extra et intra-glandulaires, se produisent surtout à la suite de crevasse et d'érosions lorsque la femme allaite.

Au nombre des inflammations intra-glandulaires ou paramastites appartiennent les phlegmons et abcès de l'aréole et du mamelon, ceux du tissu cellulaire sous-cutané et enfin les phlegmons rétro-mammaires.

Les inflammations de l'aréole et du mamelon comprennent les lymphangites et les abcès tubéreux.

Les lymphangites se manifestent par de « l'œdème inflammatoire » localisé à l'aréole et disparaissant au bout de quelques jours.

Les abcès tubéreux prennent naissance dans les glandes sébacées et dans les glandules mammaires accessoires, hypertrophiées pendant la lactation.

Ces abcès forment de petites tumeurs dont le volume ne dépasse pas une noix et qui sont très douloureuses.

L'abcès se constitue en quelques jours et s'ouvre à l'extérieur. Il faut éviter de le confondre au début avec les inégalités de la région et pour le dépister, il est utile d'employer le procédé de Velpeau : « immobiliser le sein avec une main et explorer la bosselure d'avant en arrière avec l'index de l'autre » ; s'il y a du pus, la tumeur se déprime et devient livide. La présence du pus est révélée surtout par une vive douleur qui empêche la femme d'allaiter.

Les inflammations du tissu cellulaire sous-cutané sont circonscrites ; elles diffusent rarement. On les observe à la suite des lymphangites. D'après Velpeau, les femmes à seins volumineux y sont prédisposées. C'est une tuméfaction superficielle, séparée de la glande, la peau est rouge, chaude, très tendue. L'expression de la glande n'amène pas du pus. Les ganglions de l'aisselle sont engorgés. La suppuration apparaît en quelques jours. L'abcès s'ouvre à l'extérieur.

Les phlegmons rétro-mammaires se développent dans le tissu cellulaire situé en arrière de la glande et sont dus le plus souvent à un abcès glandulaire, l'infection se propageant en arrière. La marche du phlegmon se fait très rapidement de trois à cinq jours. Le sein, projeté en avant de la poitrine, bombe, il est chaud, douloureux, sillonné d'un réseau veineux bleuâtre. Un bourrelet œdémateux s'observe à sa base.

D'après Velpeau, en pressant le sein en arrière, on a la sensation qu'il repose sur une éponge.

On se rend compte de la fluctuation en refoulant d'une main la glande contre la poitrine, tandis que l'autre main perçoit le choc sur la partie latérale du sein. Ces abcès, devant être traités dès le début par de larges incisions, ne nous occupent pas dans cette étude.

Les mastites aiguës ou inflammations intra-glandulaires s'observent aussitôt après la naissance, à la puberté et après l'accouchement.

Nous n'envisagerons ici que les mastites puerpérales qui se voient surtout dans les quatre premières semaines qui suivent l'accouchement ; les femmes qui allaitent y sont prédisposées.

D'après différents auteurs, l'infection se ferait par trois voies différentes : par le courant sanguin, les lymphatiques et les canaux galactophores.

L'infection par voie sanguine se fait pendant la fièvre puerpérale, lorsque les germes infectieux envahissent tout l'organisme.

Nélaton et ses élèves, au contraire, attribuent à la mastite puerpérale une origine lymphatique. Une crevasse infectée donne lieu à une lymphangite à la suite de laquelle la glande s'infecte.

D'après Chassaignac et Velpeau, l'infection se fait par les canaux galactophores, soit au niveau de leurs orifices dilatés pendant la lactation, soit à la suite d'une érosion, d'une crevasse de l'aréole et du mamelon.

Les germes envahissent successivement les cana-

licules et les acini : la galactophorite devient une adénite.

Les auteurs invoquent, en faveur de cette théorie, « la forme lobaire » des phlegmons et le fait que les abcès qui se forment successivement dans le sein sont isolés, car chaque lobe possède son conduit galactophore indépendant des autres conduits et s'ouvrant isolément à la surface du mamelon.

La stase laiteuse favorise la pullulation des microbes et leur propagation profonde, car le lait fermente sous l'influence des germes infectieux ; son sucre se transforme en acides lactique et butyrique. La caséine coagulée obstrue les culs-de-sac glandulaires où pullulent les microbes.

La glande ne pouvant pas se vider toute seule, le processus inflammatoire s'éternise si l'on n'intervient pas.

Symptômes. — Le début de la mastite puerpérale est souvent difficile à distinguer d'avec un engorgement laiteux ; car dans les deux cas le sein présente une pesanteur douloureuse accentuée par la succion de l'enfant et les mouvements du bras. A la palpation, on sent de l'induration, l'aspect de la peau est normal au début. L'accroissement de la douleur et de la tuméfaction, une fièvre légère mettent sur la voie du diagnostic. C'est à ce moment qu'on peut reconnaître la présence du pus par le signe de Budin : on recueille le liquide à la sortie du mamelon

sur un morceau de toile : le lait imbibe le tissu, le pus reste à la surface.

Si la mastite n'est pas traitée, le pus se collecte peu à peu et l'on peut sentir la fluctuation. La douleur s'exaspère au point de causer les insomnies, la peau devient rouge, violacée, « s'amincit, se perfore » l'abcès s'ouvre à l'extérieur. La mastite évolue lentement, en quelques semaines d'ordinaire.

Complications. — La mastite se complique fréquemment d'abcès multiples qui siègent dans plusieurs lobes de la glande mammaire et peuvent former parfois de « vastes clapiers » ; ils s'ouvrent séparément à la surface de la peau. Généralement l'inflammation se propage sous la peau, donnant naissance à des abcès superficiels sous-cutanés, elle peut envahir quelquefois le tissu cellulaire en arrière de la glande et donne lieu au phlegmon rétro-mammaire.

On observe, à la suite des mastites guéries, des noyaux indurés ressemblant à de petites tumeurs. La rétraction du mamelon et l'atrophie partielle de la glande se voient surtout après de larges incisions qui laissent des cicatrices déformantes.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

« Le traitement des phlegmons du sein doit être avant tout prophylactique. Le mamelon d'une nourrice devrait être presque traité comme « une plaie sans cesse exposée à s'infecter ». Il est bon de préparer le sein à l'allaitement dans les deux derniers mois de la grossesse par des lavages à l'alcool coupé de moitié d'eau qu'on continuera après l'accouchement. On observera une « propreté méticuleuse » des seins, et des mains de la nourrice, de la bouche et des yeux de l'enfant et de tous les linges qui peuvent entrer en contact avec la peau de la mère et du nourrisson.

Avant et après chaque tétée, on fera les lavages du bout du sein avec de l'eau bouillie ou coupée d'alcool, puis on le sèchera soigneusement pour éviter la macération.

Les femmes à seins volumineux devront les soutenir par un pansement sec en dehors des tétées.

Ce pansement consiste en une compresse stérilisée qu'on applique sur chaque sein ; on met dessus une couche d'ouate hydrophile, le tout soutenu par un bandage de corps léger.

Pour ne pas refaire le pansement toutes les fois que la femme allaite, on peut employer le bandage de Lequeux : « une bande de toile de 2 mètres de long sur 4 de large est fendue dans sa longueur par moitié, à partir de chaque extremité jusqu'à 10 centimètres du centre. La partie médiane est appliquée entre les deux seins, chacun des chefs inférieurs, croisé en arrière, est repassé sur l'épaule correspondant au croisement et attaché à ce premier tour de poitrine ; les deux chefs supérieurs sont croisés en arrière et ramenés en avant où on les attache ».

La stase laiteuse, qu'on observe dans les premiers jours qui suivent l'accouchement ou lorsque la femme cesse d'allaiter brusquement, devra être traitée par l'expression toutes les fois que la glande est dure et douloureuse.

Les femmes à peau délicate peuvent employer des préparations astringentes.

Tannin.....	4 gr.
Axonge.....	30 gr.

(Dubois)

Pour prévenir les gerçures, les crevasses, les érosions qui constituent une porte d'entrée pour les germes infectieux, il faut règler l'heure et le nombre des tétées ; on évite ainsi le contact trop fréquent du lait et de la salive de l'enfant.

En outre, on ne fera jamais de pansements humides qui provoquent la macération et donnent lieu à des érosions.

Lorsque les crevasses se produisent, on donnera le sein à l'enfant au moyen d'une téterelle, celle de Bouilly, par exemple.

On l'emploie, d'après Marfan, jusqu'à la complète guérison, et même dans les huit jours qui la suivent. Après chaque tétée, appliquer le collutoire suivant ;

Orthoforne.....	5 gr.
Éther.....	Q. S. pour dissoudre
Huile d'amandes douces..	Q. S. pour 30 gr.

(Apert)

On peut aussi appliquer sur la gerçure la poudre d'orthoforme. Dans les cas très douloureux et persistants, on emploiera, d'après Appert, la méthode suivante : pour produire l'anesthésie du mamelon, on imbibe un tampon d'une solution de cocaïne à 10 o/o on le maintient pendant deux minutes, puis on badigeonne avec de la teinture d'iode.

Dans l'intervalle des tétées, mettre sur le mamelon une compresse enduite de glycérine boratée :

Glycérine.....	30 gr.
Borate de soude.....	5 gr.

Marfan

Wallich emploie l'eau oxygénée à 12 volumes, coupée de moitié d'eau stérilisée. Après la tétée, on nettoie le sein avec de l'eau bouillie, puis on lave à l'eau oxygénée et on applique un pansement sec, après avoir essuyé soigneusement le mamelon.

Lorsque l'inflammation glandulaire est constituée, il faut empêcher la suppuration de se produire.

On ne donnera plus le sein à l'enfant, mais on évitera l'engorgement laiteux qui favorise l'infection. Pour vider le sein, Budin préconise l'expression, bien que ce soit un procédé fort douloureux et qu'on doive recourir aux inhalations de chloroforme. On le pratique de la manière suivante : le pouce et l'index appliqués sur le pourtour de l'aréole appuient de la surface vers la profondeur, puis, tout en pressant la glande, on arrive à la base du mamelon qu'on comprime d'arrière en avant.

D'autres procédés ont été employés dans le traitement des mastites aiguës : l'application des compresses chaudes, la compression la pulvérisation, la réfrigération avec la glace et l'éther, enfin le ventousage qu'on applique également lorsque l'abcès est formé et dont nous décrivons la technique dans le chapitre suivant.

D'après certains auteurs : « la stase de Bier ne semble pas guérir plus vide que le traitement antiphlogistique » employé dans les mastites aiguës, « mais lorsqu'elle est instituée de bonne heure, la suppuration est beaucoup plus rare ».
a été expérimentée en France.

TRAITEMENT DES MASTITES AU DÉBUT ET DES ABCÈS DU SEIN PAR LA VENTOUSE DE BIER

La méthode de Bier par de nombreux adeptes : Chaput, Viannay, Jaboulay, Delagénière du Mans, Tuffier, Durey, G. Labey, A. Schwartz.

A la Consultation de Chirurgie de la Pitié, où nous avons suivi son application, elle a été instituée par le Dr Alglave.

Le professeur Bier préconisa sa méthode après l'avoir étudiée pendant quatorze ans dans sa clinique de Bonn.

Se basant sur le fait de la défense de l'organisme contre toute invasion des substances étrangères par un afflux sanguin à l'endroit lésé, il institua le traitement par hyperémie, mot créé par Andral ; elle n'est, en somme, qu'une production artificielle d'un excès de sang, une imitation du « processus curatif naturel », réalisé par le vieil adage : *Ubi stimulus, ibi affluxus.*

Les effets généraux de l'hyperémie ont été minutieusement étudiés par Bier. L'action analgésique se manifeste la première ; ainsi se trouve renversée

l'ancienne croyance que la congestion inflammatoire provoque la douleur, celle-ci étant due à « l'altération des cellules et des terminaisons nerveuses ».

L'action bactéricide a lieu, grâce à l'afflux considérable de leucocytes et à la phagocytose. L'apport sanguin, plus intense, favorise enfin la nutrition des tissus ; les échanges se faisant plus activement, les noyaux indurés se résolvent.

On doit distinguer, avec Bier, l'hyperémie artérielle ou active, produite par un courant sanguin plus abondant, sous l'influence de la chaleur par exemple, de l'hyperémie passive, obtenue par la stase sanguine dans le réseau veineux, on emploie à cet effet la bande élastique ou la ventouse.

Ce fut Ambroise Paré qui utilisa le premier l'hyperémie passive artificielle « dans les formations calleuses insuffisantes ».

Les peuples anciens utilisaient déjà la ventouse pour aspirer dans les plaies, « le venin des serpents ou le virus des chiens enragés ».

Klapp, assistant et collaborateur du professeur Bier à Bonn, étudia et perfectionna l'emploi de la ventouse dans le traitement des phlegmasies.

En 1908, Schultze, ancien assistant de la clinique de Bier, exposa l'application de cette méthode, efficace surtout dans les suppurations aiguës du sein, et précisa ses avantages. D'après cet auteur, l'application de la ventouse n'offre pas de danger, même lorsqu'elle est pratiquée par un médecin inexpérimenté; tout en produisant l'hyperémie, elle évacue

complètement le pus et le lait. Le traitement peut avoir lieu aux consultations externes, le séjour à l'hôpital n'étant pas nécessaire.

L'appareil est simple : il se compose d'une cloche de verre avec une ouverture au sommet et d'une seringue assez grande ; un tube en caoutchouc relie les deux pièces.

L'asepsie des instruments sera observée très rigoureusement. Dans la clinique de Bier, on stérilise la cloche après chaque séance avec de l'eau bouillante et on la laisse dans une solution de sublimé jusqu'à prochain emploi.

Bier traite par cette méthode aussi bien les mastites au début que les abcès bien collectés.

On procède de la façon suivante : après avoir ponctionné l'abcès au bistouri, on applique la cloche dont les bords sont enduits de vaseline sur le sein malade, on raréfie doucement l'air avec la seringue et on laisse la cloche pendant cinq minutes, on enlève ensuite la seringue pour permettre à l'air de pénétrer dans la cloche qu'on retire également, l'intervalle durant trois minutes, on réapplique la cloche pendant cinq minutes. On doit appliquer l'appareil aspirateur pendant trois quarts d'heure par jour. On fait de cette manière cinq ou six applications de ventouse en une séance. D'autres auteurs font deux séances par jour, l'intervalle durant quatre heures environ. Un pansement aseptique est fait après chaque séance. Bier n'introduit ni mèche, ni drain dans l'abcès.

Cette méthode, tout en donnant de bons résultats, présente certains inconvénients : la surveillance minutieuse, la présence du médecin deux fois par jour auprès de la malade.

Nous allons exposer ici un procédé simplifié du ventousage dans le traitement des mastites au début et des abcès du sein. *La technique* en a été instituée par le Dr Alglave à la consultation de chirurgie de la Pitié ; depuis six ans elle a donné de bons résultats.

Stérilisation. — Comme la ventouse est facilement détériorée dans l'eau bouillante, on stérilise cet appareil à la consultation de chirurgie de la Pitié en le maintenant dans l'acide phénique à 5 o/o pendant vingt-quatre heures. Pour ne pas irriter la peau, on plonge l'instrument dans l'eau stérilisée avant de s'en servir.

I. — Traitement des mastites au début

On applique la cloche de verre contre le sein et la malade la maintient pendant toute la séance « en la pressant contre la poitrine ». On ajuste la seringue à la cloche au moyen d'un tube en caoutchouc. On raréfie l'air doucement avec la seringue. Le sein est attiré de plus en plus dans la cloche et devient rouge puis bleuâtre, il est turgescent. On évitera de produire une coloration violacée des téguments et une douleur vive. La malade doit éprouver une sensation

de tiraillement, de constriction, sans souffrance aiguë. On observe l'écoulement du lait et même du pus. La séance dure environ dix minutes, temps nécessaire pour évacuer le lait et le pus s'il y en a et pour produire une hyperémie de moyenne intensité. On enlève alors la seringue pour donner accès à l'air, et l'on retire la cloche en maintenant le sein de l'autre main. On nettoie ensuite très soigneusement le sein et la peau voisine avec de l'alcool. On applique ensuite un pansement sec maintenu par un bandage de corps légèrement compressif.

L'effet immédiat du traitement est la diminution de la douleur et de l'induration. D'après G. Labey, le processus inflammatoire s'arrête au bout de trois jours de traitement et il ne reste qu'un peu d'œdème. D'après certains auteurs, on redoutera la suppuration lorsqu'au bout de trois jours la température ne devient pas normale. Cependant la récidive peut avoir lieu quelques jours après la disparition de l'inflammation.

Lorsque le traitement est institué trop tard, il n'y a pas de régression du processus inflammatoire, et la suppuration apparaît ; bientôt l'abcès est constitué.

II. — Traitement des abcès du sein

Lorsque l'abcès est bien mûr, bien collecté, on intervient de la manière suivante :

Le traitement comprend 4 temps :

1° Incision ;
2° Aspiration ;
3° Drainage ;
4° Aspiration d'un bandage de corps.

Incision. — Il faut laisser « mûrir l'abcès », car le pus se vide plus facilement, et l'on évite ainsi, dans une certaine mesure, la formation d'autres abcès. Avant l'incision on nettoiera la peau à l'alcool tout autour du sein et l'on pratique l'anesthésie au chlorure d'éthyle. On ponctionne alors l'abcès dans sa partie déclive, verticalement, avec la pointe d'un bistouri.

Cette incision, qui est plutôt une ponction, doit être très petite de 1/2 centimètre à 1 centimètre, car « il faut éviter avant tout les grandes cicatrices et la destruction de la glande ». Aussitôt après l'incision s'écoule un flot de pus mélangé de sang.

Aspiration. — L'aspiration se fait de la même manière que dans le traitement des mastites au début. La ventouse étant appliquée et l'air raréfié, le pus s'écoule en abondance, il est mélangé de sang, il

faut éviter les grandes hémorragies, en ne procédant jamais brusquement et en raréfiant l'air doucement avec la seringue. Le pus est moins épais à la fin de la séance et le lait est vidé en même temps. La durée de la séance est de dix minutes, c'est-à-dire jusqu'à complète évacuation du pus. On donne accès à l'air en enlevant la seringue et l'on retire doucement la cloche, le sein étant maintenu de l'autre main. On procède alors à un nettoyage très soigneux du sein et de la peau voisine avec de l'alcool.

Drainage. — Pour faciliter l'écoulement du pus et empêcher l'obstruction de l'ouverture par des bourgeons exubérants et des croûtes, il faut drainer l'abcès au moyen d'un drain en caoutchouc si la cavité de l'abcès le permet ou au moyen d'une méche de gaze stérilisée si la cavité de l'abcès est très réduite. On draine l'abcès pendant les quelques jours qui suivent l'incision jusqu'à ce qu'on ait l'impression que la cavité de l'abcès est à peu près complètement comblée. A la fin de la séance on applique un pansement légèrement humide et absorbant et maintenu par un bandage de corps très légèrement compressif. L'effet du traitement est immédiat pour la malade : la douleur disparaît et la femme recouvre le sommeil.

Pour obtenir de bons résultats, il faut que la malade se fasse panser et ventouser tout les jours jusqu'à complète guérison. Le repos est indispensable pour abréger la durée du traitement et éviter

l'infection des téguments du voisinage par frottement du pansement. D'après nos observations, la durée du traitement est en moyenne de dix à quinze jours. S'il y a deux abcès, ou si l'abcès est grand, la guérison est obtenue en trois semaines et plus.

Ce qui la retarde fréquemment, c'est que les malades viennent souvent en état d'infection très avancée ou même, quand il se produit des abcès successifs par défaut d'hygiène ou de pansements réguliers ou par infection profonde. Malheureusement aussi la plupart des femmes que nous observons à l'hôpital se trouvent dans de mauvaises conditions d'hygiène. Le manque de repos, une nourriture souvent insuffisante, le travail pénible auquel elles sont assujetties, toutes ces conditions les placent dans un état de moindre résistance et retardent singulièrement leur guérison. De plus, en mobilisant leur pansement, elles se réinoculent facilement, ce qui contribue, d'une manière incontestable, à la formation de nouveaux abcès, le plus souvent superficiels.

Traitement des abcès par injection de solutions antiseptiques. — Certains auteurs préconisent pour le traitement des abcès circonscrits la ponction, suivie d'une injection antiseptique ; ce qui permet d'éviter l'incision et de stériliser les parois de l'abcès.

Procédé de Chirié et David. — En 1906, Chirié et David instituèrent le traitement des abcès du sein par les injections d'électrargol.

D'après ces auteurs on peut employer toute solution antiseptique qui ne provoque pas d'action nécrotique locale et qui est inoffensive pour l'organisme.

La solution d'électrargol dont se servent les auteurs contient 25 centigrammes d'argent par litre, elle est stérilisée et rendue isotonique par l'addition de sérum à 7,5 o/o. C'est un liquide jaune brunâtre qui ne dépose ni par le repos ni par la centrifugation. On procède de la manière suivante :

Après badigeonnage de la peau à la teinture d'iode on introduit un petit trocart d'argent à robinet, inventé par les auteurs. On ponctionne au point le plus déclive de l'abcès, puis on retire le mandrin et l'on favorise l'écoulement du pus par une pression douce sur les parois de l'abcès. Pour vider complètement le pus on adapte sur le trocart une seringue, et on aspire. Il faut injecter ensuite la solution antiseptique de manière à « distendre légèrement les parois de l'abcès », qu'on évacue incomplètement. On ferme le robinet, le trocart est laissé dans le sein, on met dessus un pansement, c'est-à-dire des compresses, de manière à empêcher la pression du bandage, une couche de coton et un bandage de crêpe. Répéter l'injection deux à trois fois par jour. Si l'on se sert d'un trocart ordinaire, on l'introduira dans le même orifice pour faire l'injection. S'il n'y a pas d'amélioration au bout de deux jours on recourt à une intervention chirurgicale.

Les effets de cette méthode seraient immédiats : disparition de douleur, fluidité du pus, action bacté-

ricide. La durée du traitement est de une à trois semaines, la cicatrice est punctiforme.

II. — Le 28 mai 1904, Thiriar exposait, à l'Académie Royale de médecine de Belgique, les résultats obtenus par l'eau oxygénée qu'il a employée avec succès dans le traitement des abcès du sein. D'après l'auteur, la guérison est rapide et les cicatrices sont évitées.

Technique. — Après une désinfection soigneuse des téguments, on fait une ponction. On exprime le pus, puis on lave à l'eau oxygénée pure.

OBSERVATIONS

I. — Ventousage des mammites au début

OBSERVATION VII

(Professeur Bier.)

Une domestique de vingt-sept ans se présenta, le 2 mars 1905, pour se faire traiter. Elle déclara qu'elle avait accouché le 23 juin 1904 et qu'elle avait allaité depuis son enfant avec le sein gauche. Dans la nuit du 1er au 2 mars, de fortes douleurs se déclarèrent dans le sein gauche, ces douleurs l'empêchèrent de dormir. Ces souffrances augmentèrent le jour suivant et il se produisit de la fièvre avec de la céphalalgie. Le sein gauche était fortement augmenté de volume et très douloureux partout ; sa moitié inférieure était infiltrée ; la peau était rouge.

Le traitement par l'aspiration fut commencé le 3 mars, il s'écoula 39 centimètres cubes de lait ; les douleurs se calmèrent mais reparurent de nouveau à quatre heures de l'après-midi, après qu'elle eut recommencé à travailler sur l'ordre de sa maîtresse : elle avait nettoyé des fenêtres. Elle entra pour cette raison le 4 mars à la clinique où le traitement par l'aspiration fut continué. On employa simultanément la téterelle dont on se sert habituellement, et il s'écoula une grande quantité de lait.

La douleur se calma ensuite beaucoup, la glande mammaire diminua de volume, et il n'existait plus qu'une petite région qui était encore infiltrée. Le 5 mars, le sein gauche était complètement souple, il n'était plus du tout sensible à la pression et son volume était égal à celui du sein droit. Le traitement par l'aspiration fut encore continué pendant quelque jours.

OBSERVATION II

(Professeur Bier.)

Une malade de la clinique gynécologique de Bonn se présenta le 9 février 1905. Elle avait accouché neuf jours auparavant et les suites de couches avaient été normales jusque-là. La veille au soir, elle avait ressenti de fortes douleurs dans le sein gauche. La moitié inférieure de celui-ci était fortement infiltrée et très sensible à la pression. Le traitement par l'aspiration, entrepris immédiatement, fit disparaître en deux jours tous les symptômes de la maladie.

Le 11 février la malade sortait entièrement guérie.

II. — Ventousage des abcès

OBSERVATION III

(Professeur Bier.)

Une jeune femme de vingt-trois ans fut atteinte d'une mastite aiguë à gauche immédiatement après un accouchement. Elle fut admise le 9 mai 1905. Le sein gauche était à peu près deux fois

plus volumineux que le droit et très induré. On percevait une fluctuation peu accentuée à la partie inférieure et interne de la glande. Le traitement par l'aspiration fut appliqué; le lendemain la fluctuation était devenue très évidente. Une incision de 1 centimètre de longueur, pratiquée au niveau de la partie la plus fluctuante, fit jaillir un flot de pus, environ 1/4 de litre. Après l'application de la cloche d'aspiration, il s'écoula encore une grande quantité de pus mêlée de sang. L'orifice de la ponction fut obstrué plusieurs fois par du sang coagulé et des croûtes, de sorte qu'on était habituellement obligé de commencer par l'ouvrir en introduisant une pince à pansement. Le 11 mai un second abcès fut encore incisé; le 17 mai, l'aspiration ne faisait plus sortir de pus, la glande était molle et la pression n'était nulle part douloureuse. La patiente fut traitée à la policlinique.

Le 19 mai il s'était encore collecté du pus au-dessus de l'incision qui n'était pas encore cicatrisée. On dut encore introduire une pince pour déboucher l'orifice. La cloche fit sortir du pus peu consistant. Le 28 mai la malade sortit guérie, le sein était souple. Elle ne ressentit plus aucune douleur.

Nous avons réuni 13 observations personnelles recueillies aux consultations de chirurgie à la Pitié, le traitement ayant été fait par la technique du Dr Alglave.

OBSERVATION I

Mme Valentine B... primipare, accouchée le 13 mai d'un enfant qu'elle a nourri. Elle est venue le 13 juin 1912 à la consultation de chirurgie de la Pitié parce que son sein droit est

très douloureux, elle ne peut plus nourrir son enfant ni dormir la nuit. On lui a fait une petite incision suivie de l'application de la ventouse de Bier pendant dix minutes environ. Une mèche de gaze est introduite dans la plaie. Bandage de corps. La malade vient tous les jours se faire ventouser et panser. On n'introduit plus la mèche de gaze au bout de sept jours.

Le 22 juin un autre abcès apparaît qu'on traite de la même manière que le premier. Immédiatement après l'incision de chaque abcès la malade se sent soulagée ; elle peut dormir la nuit. Le premier abcès est guéri après trois semaines de traitement.

Le 13 juillet, le second abcès est en voie de guérison, car il ne s'écoule presque plus de pus qui est devenu séreux. Ventouse tous les deux jours, un peu d'expression, bandage compressif. Guérison du deuxième abcès au bout d'un mois.

Il ne subsiste qu'une très petite cicatrice linéaire d'un demi-centimètre et de l'induration qui disparaîtra plus tard.

OBSERVATION II

Mme R..., domestique, vingt ans, accouchée le 11 mai de son premier enfant qu'elle nourrit. Pas de crevasses, dix jours après l'accouchement, lymphangite. L'abcès s'est formé quinze jours après. Elle cesse d'allaiter, a des douleurs atroces dans son sein ce qui l'empêche de dormir. La malade vient à la Pitié le 31 mai 1913. L'abcès est ponctionné. Ventousage. Un autre abcès s'ouvre spontanément deux jours après.

Le 5 juin, un troisième abcès est formé, il est ponctionné et traité comme les précédents par le ventousage et le bandage de corps.

Trois autres abcès se forment ensuite et s'ouvrent spontanément à la peau.

En somme la malade à six abcès au sein droit ; dont 2 ont été incisés et 4 se sont ouverts spontanément.

Le 19 juin l'autre sein devient douloureux et induré dans sa partie inférieure, on le traite par de la compression.

Le 24 juin, on cesse le ventousage, le pus, devenu fluide s'écoule à peine et le sein à recouvré la dimension et l'aspect normaux. Le 1er juillet, on fait à la malade de l'expression et un bandage de corps compressif. Guérison en un mois. Le sein est souple, il n'est pas déformé.

OBSERVATION III

Mme Marie-Louise F..., I-pare, vingt ans, a nourri son enfant pendant six jours. A la suite des crevasses, le sein gauche est devenu très douloureux et rouge. Le 6 mars 1913 la malade vient à la consultation de chirurgie, le sein est augmenté de volume, très douloureux à la palpation. La fluctuation est nette dans sa partie externe. La malade a des insomnies causées par la douleur. Engorgement ganglionnaire dans l'aisselle. On diagnostique un abcès du sein qui est aussitôt ponctionné avec un bistouri, le pus s'écoule en grande quantité. On pratique le ventousage pendant dix minutes environ, suivi d'un pansement légèrement compressif. La douleur a disparu et la malade a pu dormir depuis l'intervention. Elle vient se faire ventouser et panser tous les jours. Guérison en trois semaines.

OBSERVATION IV

Mme A. G..., quarante ans, X-pare, vient à la Pitié le 5 mars 1913. Elle nourrit son dixième enfant pendant trois ans et demi.

1er janvier. — Elle a mal au sein qui devient ensuite gros, rouge et douloureux. Le 30 janvier 1913 on lui fait une ponction pour un abcès et l'on pratique le ventousage pendant tout le mois de février. Il se forme un autre abcès le 1er mars qui est ouvert le 4 mars. Guérison du deuxième abcès en deux semaines.

OBSERVATION V

Mme R..., I-pare, a nourri son enfant pendant huit jours. Crevasses, le sein devient douloureux. Dix-huit jours après l'accouchement l'abcès s'est ouvert spontanément. Elle vient à la consultation de chirurgie un mois après l'ouverture de l'abcès, car le pus s'écoule toujours. Ventousage et pansement pendant quinze jours. Guérison.

OBSERVATION VI

En 1912, au mois de juin, se présente à la consultation Mme N..., qui a eu après son accouchement précédent sept abcès du sein droit, traités par le ventousage. Elle fut guérie. Un an après elle accoucha d'un enfant qu'elle a pu nourrir avec son sein droit, le sein gauche étant atteint à son tour d'une mastite qui aboutit à un abcès. Traitement par l'incision suivie de ventousage pendant trois semaines. Guérison.

OBSERVATION VII

Mme M. A..., vingt-cinq ans, I-pare, vient à la consultation de chirurgie de la Pitié le 26 mai 1913. Accouchée d'un enfant il y a six semaines. Elle a eu des crevasses très douloureuses et n'a plus donné le sein à l'enfant depuis trois semaines. Elle a au sein droit un abcès qui est incisé et ventousé. Guérison après dix jours de ventousage.

OBSERVATION VIII

Mme R..., vingt ans, I-pare. Accouchement le 11 mai 1913. Pas de crevasses. Lymphangite dix jours après l'accouchement. Le 31 mai elle vient à l'hôpital et on lui trouve un abcès au sein droit qu'on incise. Le ventousage a lieu tous les jours. Cependant la malade souffre car il se forme un autre abcès qu'on ponctionne également le 5 juin, on continue le ventousage. Guérison en trois semaines.

OBSERVATION IX

Mme B... Marie-Louise, primipare, enfant né le 16 août 1913. Crevasses. Lymphangite. La malade vient à la consultation le 30 octobre. On lui trouve à la partie externe du sein gauche une collection fluctuante, le sein est très douloureux au toucher. La malade a perdu le sommeil et elle ressent des douleurs dans le bras gauche lorsqu'elle le remue. Aussitôt après l'arrivée de la malade on lui fait une incision, le pus s'écoule à flots ; la douleur

disparaît, la malade recouvre l'appétit et le sommeil. Après huit jours de ventousage, guérison complète.

OBSERVATION X

Mme S. M..., vingt-huit ans, primipare. Incision de deux abcès du sein droit suivie du ventousage. Guérison en trois semaines.

OBSERVATION XI

Mme B..., vingt ans, I-pare. Crevasses. Sein droit rouge et douloureux quelques jours après l'accouchement. La malade va se faire soigner au dispensaire, rue de Tolbiac. On lui fait une incision suivie de pansement. Le 31 décembre 1913, elle vient à la consultation de chirurgie, car elle souffre beaucoup du sein droit, redevenu rouge, tuméfié et très douloureux. Après deux jours de ventousage, l'abcès s'ouvre spontanément à l'endroit même de l'incision faite depuis un mois. Guérison après sept jours de ventousage.

OBSERVATION XII

Mme J. B..., trente-trois, IV-pare. Dernier accouchement le 10 septembre 1913, elle nourrit son enfant. Depuis un mois, le sein droit devient douloureux. La malade a des insomnies, elle ressent de vives douleurs lorsqu'elle remue son bras droit. Engorgement ganglionnaire dans l'aisselle. Le 18 janvier 1914, incision d'un abcès du sein droit suivie de ventousage pendant trois jours. La malade est guérie et a pu continuer l'allaitement de son enfant avec le sein qui avait été malade.

OBSERVATION XIII

Mme B... A., ménagère, vingt-sept ans, I-pare, vient à la consultation pour un abcès du sein gauche. Ponction de l'abcès avec un bistouri le 9 juillet 1913. Ventousage tous les jours. Guérison en dix jours.

OBSERVATION XIV

Mme L..., vingt ans, I-pare, a nourri son enfant pendant trois semaines. Elle vient à la consultation le 15 juillet 1913 pour un abcès du sein gauche qui est incisé et ventousé. La malade guérit après deux semaines de traitement.

OBSERVATION XV

Mme A..., vingt-sept ans, a nourri son enfant pendant deux semaines. Le 26 juillet 1913, on incise chez la malade un abcès du sein droit. Ventousage. Guérison en douze jours.

OBSERVAVION XVI

Mme Marie Q..., I-pare, a nourri son enfant. Crevasses, lymphangite. Elle vient à la consultation, l'abcès étant constitué. Le 6 février 1914, incision de l'abcès du sein droit en dedans du mamelon. Ventousage. Le 10 février, incision d'un deuxième abcès au-dessus du mamelon. Guérison en trois semaines.

OBSERVATION XVII

Mme B... G., huit enfants. En 1910, elle a eu un abcès au sein qu'on a incisé au bistouri. En 1914, le 7 janvier, elle vient à la consultation de chirurgie pour une lymphangite du sein qui l'empêche de nourrir son enfant âgé de dix mois. Ventousage pendant dix jours. Guérison.

OBSERVATION XVIII

Mme B..., II-pare, enfant né le 21 janvier 1914. Depuis le 10 février, elle souffre d'élancements dans le sein gauche. La succion de l'enfant provoque de fortes douleurs. Insomnie. Elle a cessé de nourrir son enfant. Incision de l'abcès. Guérison en quinze jours, la malade étant venue tous les jours se faire ventouser et panser.

CONCLUSIONS

I. — Le sein en lactation est prédisposé à des inflammations, parmi lesquelles on rencontre, le plus souvent, la mastite, suivie de la formation d'un ou de plusieurs abcès.

II. — Une minutieuse prophylaxie de la mère et de l'enfant peut empêcher l'infection de se produire.

III. — La mastite étant constituée, il est possible d'enrayer la suppuration par le ventousage, institué dès le début de l'affection. Ce traitement exerce une action hyperémiante et empêche l'engorgement laiteux.

IV. — Lorsque l'abcès s'est produit, il est possible d'éviter les larges incisions et les grandes cicatrices qui en résultent et qui peuvent causer l'atrophie partielle de la glande et la rétraction du mamelon en recourant au traitement par la ventouse de Bier dont les résultats sont les suivants :

1° Soulagement rapide de la malade ;
2° Lutte contre l'infection ;
3° Réduction de la durée du traitement ;

4° Conservation de l'organe :

a) En vue de l'allaitement ultérieur ;

b) Au point de vue esthétique ;

V. — La durée moyenne du traitement par le ventousage est de dix à quinze jours lorsque l'abcès est traité dès le début. S'il y a plusieurs abcès, la guérison est obtenue en trois semaines d'après les 18 observations que nous avons recueillies à la Pitié et chez les malades traités par la technique du Dr Alglave.

Vu : le Président de la thèse,
RECLUS

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Abrand. — Données pratiques de la méthode d'hyperémie (la Clinique, 29 mars 1907).

Arnsperger. — Traitement des suppurations aiguës par l'hyperémie veineuse (Munch. Med. Woch. 19 décembre 1905).

Auffret. — La Méthode de Bier dans la tuberculose et les infections aiguës. (Revue d'Orthopédie, 1er novembre 1906).

Bier. — Hyperémie et son action thérapeutique.

Clément. — L'Hyperémie en thérapeutique (Revue médicale de la Suisse romande, 20 décembre 1905).

Duplay et Reclus. — Traité de Chirurgie.

David. — Le Traitement des abcès du sein sans incision (la Presse médicale, 17 septembre 1913).

Hiensius und Lissauer. — Ehrfahrungen über Brustdrüsenentzündungen, insbesondere ihre Behandlung mit Bierscher Hyperemie (Deutsche Med. Woch., n° 51, 1907).

Klapp. — Die Saugbebandlung Berliner Klinik, Februar 1906.

— Münch. med. Woch., n° 16, 1905.

Labey. — Traitement de la mammite aiguë par la ventouse de Bier (la Clinique, 1909).

Piante. — Étude sur la genèse et le traitement des abcès du sein. Thèse de Lyon, 1885.

Pillet. — La Méthode de Bier (Journal des praticiens, 7 décembre 1907).

Seulliet. — Inflammation des seins. Traitement médical. Thèse de Paris, 1907-1908.

Poirier. — Traité d'anatomie.

Schultze. — Traitement des inflammations et des suppurations aiguës par la ventouse (le Progrès médical, 1908).

— Le Progrès médical, 21 décembre 1907.

Schwartz (A.) — Traitement de la mastite puerpérale (le Progrès médical, 1910).

Tuffier. — Méthode de Bier (Séance du 13 février 1907 à la Société de Chirurgie).

Zacharias. — Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, 1907, par le Dr Blondel.

Apert. — Précis des maladies des enfants.

Forgue. — Précis de pathologie externe.

Thiriar. — Traitement des abcès chauds du sein par la méthode oxygénée (Acad. royale de Belgique, 28 mai 1904).

Chirié et David. — Communication à la Société d'Obstétrique, 19 décembre 1906.

Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris — 2579-14